



Doctorado en Psicología USAL

Decana de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL:

Prof. Dra. Gabriela Renault

Director del Doctorado en Psicología USAL:

Prof. Dr. Ignacio Barrera



“La actuación del psicólogo hospitalario el proceso de muerte y el morir: un estudio con los profesionales que actúan en una unidad de terapia intensiva”

Alumno: Edlailson Ferreira Sousa

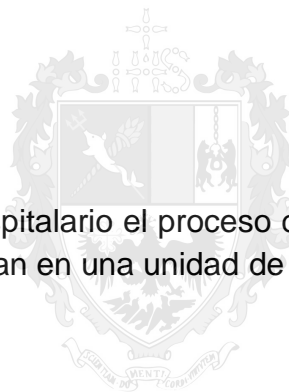
Directora de tesis: Prof^a. Dr^a. Lúgia Fonseca Heyer

Buenos Aires

Mayo 2019

EDLAILSON FERREIRA SOUSA

La actuación del psicólogo hospitalario el proceso de muerte y el morir: un estudio con los profesionales que actúan en una unidad de terapia intensiva



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Tesis presentada a la Universidad Del Salvador, como requisito parcial a la obtención del grado de Doctorado en Psicología.

Buenos Aires

Mayo 2019

Esta tesis fue presentada y aprobada por la siguiente banca examinadora:

Prof^a Dr^a
Presidente da Banca
Universidad Del Salvador

Universidad Del Salvador

Universidad Del Salvador

Universidad Del Salvador

UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

*Si la apariencia y la esencia de las cosas
coincidieran, la ciencia sería innecesaria.*

Karl Marx



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Dedicatoria

Dedico este estudio a toda mi familia. En especial a mis padres, suegra, hijos y a mi compañera Andreina.

Agradecimientos

A Dios por qué hasta aquí me permitió llegar;

A mi padre, Edemilson, a mi amada madre María Odete, por dividir lo poco que habían recibido;

A toda mi familia, en especial a mi esposa Andreina, quien es la que me da soporte y apoyo en todos los momentos;

A Mi orientadora, Prof. ^a Dr^a. Lúgia Fonseca Heyer, por su dedicación y empeño en mí caminata en el campo de la investigación científica;

A todo el equipo de enfermería y asistencia de la Unidad de terapia intensiva Fundación de Medicina Tropical Doctor Heitor Vieira Dourado. (En la persona del coordinador) el médico Pablo Tomé y a todos los profesionales que componen el equipo de asistencia;

A todos los participantes de la investigación que aceptaron formar parte de este estudio. Los cuales fueron piezas fundamentales para el desarrollo de esta investigación;

Al director de la Fundación de Medicina Tropical Doctor Heitor Vieira Dorado, al Dr. Marcus Vinicius por permitir la realización de la investigación;

Finalmente agradezco a la Fundación de Medicina Tropical Doctor Heitor Vieira Dorado, donde inicié mi trayectoria profesional como psicólogo intensivista, donde concluí el curso de residencia multiprofesional.

ÍNDICE

LISTA DE GRAFICO

LISTA DE TABLA

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE CUADROS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....23

1.1 Los motivos que justificaron la construcción de este trabajo.....32

1.2 Breve estado del arte: una reflexión sobre la muerte y el morir.....43

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....67

2. El mundo del trabajo.....68

2.1.1 La centralidad del trabajo en una sociedad contemporánea.....89

2.1.2 La organización del trabajo.....93

2.1.3 El trabajo en el contexto hospitalario.....97

2.1.4 La psicología hospitalaria y la actuación del psicólogo.....106

3.1.72.1.5 La UTI: Un espacio de actuación del profesional intensivista.....	113
2.1.6. Los aspectos de la actuación multiprofesional en una unidad de terapia intensiva.....	120

3: CONDICIONES DE TRABAJO EN SALUD: ESTUDIOS ANTECEDENTES SOBRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO.....130

3.1.1 Conceptuaciones, tipologías y taxonomías de las condiciones de trabajo.....	135
3.1.2 Concepciones sobre la relación entre salud psíquica y trabajo y sobre el nexo entre trabajo y enfermedad	167
3.1.3 Placer-sufrimiento en el trabajo: un abordaje de la teoría psicodinámica del trabajo.....	182
3.1.4 El placer y el sufrimiento de los médicos y enfermeros según la psicodinámica del trabajo.....	188
3.1.5 Contexto de trabajo y estrategias de defensa.....	198
3.1.6 Sufrimiento psíquico y el uso de estrategias defensivas.....	202
3.1.7 Placer - sufrimiento: y movilización subjetiva.....	207

CAPÍTULO 4: LA MUERTE Y SU DEFINICIÓN.....219

4.1.1 Proceso histórico del estudio sobre la muerte.....	229
4.1.2 Sentido de la muerte.....	248
4.1.3. Proceso de muerte y el morir: Concepto de terminalidad de vida.....	255
4.1.4 Actitudes frente a la muerte.....	266
4.1.5 La muerte buena.....	271

4.1.6 Lugar de muerte.....	277
4.1.7 El luto en el contexto hospitalario.....	292
4.1.8 Los profesionales de la salud frente a la muerte en la UTI.....	302
4.2.1 La actuación del psicólogo en la UTI.....	311
4.2.2 El equipo multiprofesional en la UTI.....	315
4.2.3 Aspectos relacionados con la muerte en la UTI.....	317
4.2.4 Comunicando una mala noticia.....	320
CAPÍTULO 5: RECORRIDO METODOLÓGICO.....	332
5.1.1 Diseño.....	333
5.1.2 Escenario del estudio.....	348
5.1.3 Participantes de la investigación.....	350
5.1.4 Aspectos éticos de la investigación.....	351
CAPÍTULO 6: RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	359
CONSIDERACIONES FINALES.....	401
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	409

ADJUNTOS

- I - Término de consentimiento libre y aclarado - TCLA)
- II - Cuestionario: perfil Socio Demográfico
- III - Cuestionario de entrevista
- IV - Inventario sobre el trabajo y riesgos de enfermedad - ITRE



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

LISTA DE GRAFICO

Grafico 1: División por género.....	361
Grafico 2: Edad.....	362
Grafico 3: Categoría profesional.....	363
Grafico 4: Tiempo de trabajo en la UTI.....	365
Grafico 5: Tiempo de trabajo en la asistencia.....	366
Grafico 6: ¿Los factores determinantes para la elección de trabajar en una unidad de terapia intensiva?.....	368
Grafico 7: ¿Frente a una situación de muerte, cuáles son los sentimientos que usted percibe al vivenciar aquel momento?.....	369
Grafico 8. ¿Cuándo usted comienza a trabajar con un paciente en la UTI, generalmente cuáles son sus perspectivas ante aquel estado crítico?.....	370
Grafico 9. ¿Cómo usted define personal y profesionalmente una UTI?.....	371
Grafico 10. ¿La evolución tecnológica en la UTI, modificaron o influenciaron el modo de pensar, actuar frente al proceso de muerte y el morir?	372
Grafico 11. Las emociones generadas cuando un paciente que estaba en estado crítico en la UTI, alcanza una mejoría y retornó a la enfermería. ¿Cuál su sentimiento en este momento?.....	373
Grafico 12: Usted asumió la guardia y se enfrentó con un paciente en estado crítico y inminencia de muerte. ¿Cómo se sintió frente este cuadro?.....	374

LISTA DE TABLA

Tabla 01: Escala de evaluación de daños relacionados al trabajo -EADRT.....	387
---	-----



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Satisfacción laboral y su relación con las condiciones de trabajo.....	143
Figura 2. Afectos con relación al trabajo.....	162
Figura 3 - Modelo integrador de salud y trabajo.....	169
Figura 4. Representación esquemática de las concepciones de salud.....	178
Figura 5. Modelo comprensivo de salud psíquica en el trabajo.....	180



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1: Principales características de los hospitales.....	100
--	-----

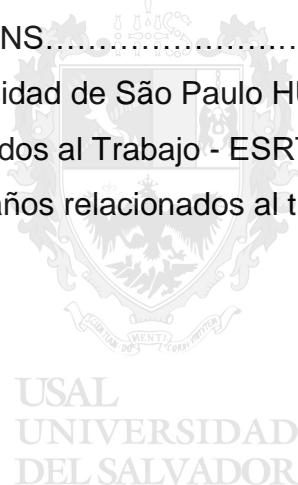


USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

LISTA DE SIGLAS

Unidad de terapia intensiva - UTI.....	24
Inventario sobre Trabajo y Riesgo de Enfermedad - ITRA.....	26
Equipamientos de protección individual - EPI.....	27
Fundación de Medicina Tropical Doctor Heitor Vieira Dourado - FMT-HVD.....	32
Instituto Brasileño de Geografía y Estadística - IBGE.....	88
Virus de la Inmunodeficiencia Humana - HIV.....	98
Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA.....	98
Sistema Único de Salud - SUS.....	102
American Psychological Association - APA.....	107
Consejo Federal de Psicología - CFP.....	109
Centros de terapia intensiva - CTIs.....	113
Ministerio de la Salud - MS.....	115
Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria - ANVISA.....	115
Unidad de terapia intensiva adulto - UTI-A.....	116
Unidad de terapia intensiva neonatal - UTI-N.....	116
Unidad de terapia intensiva pediátrica - UTI-P.....	116
Unidad de terapia intensiva pediátrica mista - UTI-PM.....	116
Programa de Salud de la Familia - PSF.....	121
European Working Conditions Observatory - EWCO.....	144
Organización Pan-Americana de la Salud - OPAS.....	150
Sistematización de la Asistencia en Enfermería – SAE.....	151
World Health Organization - WHO.....	159
Organización Mundial de la Salud - OMS.....	160
Bienestar subjetivo - BES.....	160
Valencia positiva - alta excitación - VPAE.....	162
Valencia negativa - alta excitación - VNAE.....	162
Valencia positiva - baja excitación - VPBE.....	162
Valencia negativa - baja excitación - VNBE.....	162

Clasificación internacional de enfermedades - CID10.....	165
Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales - DSM-IV.....	165
Conferencia Nacional de Salud - CNS.....	165
Departamento de Asistencia Social - DAS.....	175
Programa de Prevención de Riesgos Ambientales - PPRA.....	176
Programa de Control Médico de Salud Ocupacional - PCMSO.....	176
Psicodinámica del Trabajo - PDT.....	188
Perfil Revisado de Actitudes Frente a la Muerte - PAM-R.....	266
Good Death Inventory - GDI.....	273
Boletín Médico - BM.....	321
Término de Consentimiento Libre y Aclarado – TCLA.....	353
Comité de Ética e Investigación - CEP.....	351
Consejo Nacional de Salud - CNS.....	352
Hospital Universitario - Universidad de São Paulo HU-USP.....	384
Escala de Síntomas Relacionados al Trabajo - ESRT.....	387
Escala de evaluación de los daños relacionados al trabajo – EADRT.....	387



RESUMO

Muito embora a morte possa receber denominações que variam de acordo com crenças, influência religiosa e cultural, parece consenso acreditar tratar-se de um tema ainda abominado e repelido entre os profissionais da saúde. Essa resistência à morte é ainda maior no contexto hospitalar da unidade de terapia intensiva (UTI), onde todos os esforços humanos e tecnológicos estão voltados para a manutenção da vida. Definiu-se como objeto de estudo: A atuação do psicólogo hospitalar e o processo de morte e o morrer: um estudo com os profissionais que atuam na UTI da Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD). A proposta deste estudo teve como objetivo: Identificar as possíveis dificuldades emocionais vivenciadas pelos profissionais que atuam no contexto hospitalar da UTI da FMT-HVD frente às situações de morte iminente e o morrer. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem metodológica do tipo quali-quantitativa. Este estudo foi desenvolvido na UTI, da FMT-HVD, uma Instituição Pública de Saúde e assistência hospitalar, pertencente à Rede Estadual de Saúde, referência em doenças tropicais, infecciosas, parasitárias dermatológicas e vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), localizada na Cidade de Manaus/Amazonas. Os sujeitos do estudo: os profissionais da saúde e assistência das áreas de enfermagem, medicina, fisioterapia e psicologia que trabalham há mais de um ano na UTI. A técnica de produção de dados escolhida foram: um questionário para analisar o perfil sócio demográfico e laboral dos participantes da pesquisa, entrevista semi estruturada e por último a aplicação do inventário sobre trabalho e risco de adoecimento (ITRA). Desta maneira a hipótese levantada: os profissionais da saúde que atuam na UTI, da FMT– HVD, são afetados direta ou indiretamente pelo e no ambiente de trabalho. Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise temática, de conteúdo, que permitiu a identificação e descrição das informações presentes na fala dos sujeitos, a análise de dados quantitativos, foi realizada através do ITRA. Assim, após serem identificados os riscos de adoecimento. Conclui-se: os profissionais sofrem danos físico, mental e social provocados pelo, e no contexto de trabalho. Estes buscam o equilíbrio psíquico utilizando estratégias de mediação que equilibram os sentimentos de prazer e sofrimento no dia a dia de trabalho, para evitar o adoecimento. Ao que se refere às novas perspectivas, esta pesquisa aponta a necessidade de se elaborar uma agenda de trabalho, a partir de um diagnóstico realizado com base nos dados já coletados. Devendo ser investigados mais detalhadamente, os processos de trabalho (análise da atividade e do posto de trabalho), as contradições subjacentes ao prazer e sofrimento e o papel das estratégias de mediação para a saúde e para a mudança das condições de trabalho. Por fim, espera-se que esta pesquisa possa ser conhecida e discutida por toda categoria profissional, incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas que compõem esse contexto tão complexo de trabalho que são as unidades de terapia intensiva. E possa ser transformada em um instrumento gerador de mudanças positivas, que incrementem ações institucionais para a melhoria das condições de trabalho desse importante segmento do serviço público.

Palavras-Chave: psicólogo hospitalar; unidade terapia intensiva; processo de morte e o morrer; danos físico, mental e social.

ABSTRACT

Very although the death can receive denominations that vary in accordance with beliefs, religious and cultural influence seems consensus creates to treat of a subject still abominated and repelled between the professionals of the health. This resistance to the death is still greater in the context hospitalar of the unit of intensive therapy (UTI), where all the efforts Humans and technological are gone back for the maintenance of the life. It defined like object of study: The performance of the psychologist hospitalar and the process of death and the die: a study with the professionals that act in the UTI of the Foundation of Tropical Medicine Doctor Heitor Scallop Gilded (FMT-HVD). The proposal of this study had like aim: Identify the Possible emotional difficulties experienced by the professionals that act in the context hospitalar of the UTI of the FMT-HVD in front of the situations of imminent death and the die. It treats of a descriptive investigation with methodological boarding of the type quali-quantitative. This study was, developed in the UTI, of the FMT-HVD, a Public Institution of Health and Assistance hospitalar, pertaining to the Provincial Network of Health, reference in tropical illnesses, infectious, parasitic dermatological and virus of the immunodeficiency Human/syndrome of the immunodeficiency purchased HIV/SIDA, located in the City of Manaus/Amazons. The subjects of the study: the professionals of the health and assistance of the Human/syndrome of the immunodeficiency purchased HIV/SIDA, located in the City of Manaus/Amazons. The subjects of the study: the professionals of the health and assistance of the Profile sociodemografico and work of the participants of the investigation, interview semi structured and finally the application of the inventory on work and risk of illness (ITRA). Of this way, the hypothesis raised the professionals of the health that act in the UTI, of the FMT-HVD, are affected direct or indirectly peel and in the environment of work. The qualitative data they were analysed by means of the thematic analysis, of content, that allowed the identification and description of the present information's in the speech of the subjects, the analysis of quantitative data, it was made through the ITRA. Like this, after being identified the risks of illness. It concludes: the professionals suffer physical damages, mental and social caused peel, and in the Context of work. These seek the psychic balance using strategies of mediation that balance the feelings of pleasure and suffering the day in day out of work, to avoid The illness. To refer to the new perspectives, this investigation aims the need to elaborate a diary of work, from a diagnostic made with base in the data already collected. Having to investigate more in detail, the processes of work (analysis of the activity and of the place of work), the contradictions underlying to the pleasure and suffering and the paper of the strategies of mediation for the health and for the change of the conditions of work. At last, it expects that this investigation can be known and argued by all professional category, including medical, psychologists, nurses, technicians and auxiliaries of infirmary and physiotherapists that compose that Context so complex of work that are the units of intensive therapy. In addition, it can transformed in an instrument generator of positive changes that increase actions Institutional for the improvement of the conditions of work of this important segment of the public service.

Key words: psychologist hospitalar; unit intensive therapy; process of death and the die; physical damages, mental and social.

RESUMEN

Aunque la muerte pueda recibir denominaciones que varían de acuerdo con creencias, e influencias religiosas y culturales, parece consenso creer que se trate de un tema aún abominado y repelido entre los profesionales de la salud. Esta resistencia a la muerte es aún mayor en el contexto hospitalario de la unidad de terapia intensiva (UTI), donde todos los esfuerzos humanos y tecnológicos están centrados en el mantenimiento de la vida. Se definió como objeto de estudio: La actuación del psicólogo hospitalario y el proceso de muerte y el morir: por medio de un estudio con los profesionales que actúan en la UTI de la Fundación de Medicina Tropical Doctor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD). La propuesta de este estudio tuvo como objetivo: Identificar las posibles dificultades emocionales vivenciadas por los profesionales que actúan en el contexto hospitalario de la UTI de la FMT-HVD frente a las situaciones de muerte inminente y el morir. Se trata de una investigación descriptiva con abordaje metodológico del tipo cuali-cuantitativa. Este estudio fue desarrollado en la UTI, de la FMT-HVD. Una institución Pública de Salud y cuidado hospitalar, perteneciente a la Red Provincial de Salud, referencia en enfermedades tropicales, infecciosas, parasitarias dermatológicas y virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), localizada en la Ciudad de Manaus/Amazonas. Los sujetos del estudio: los profesionales de la salud y cuidados en las áreas de enfermería, medicina, fisioterapia y psicología que trabajan hace más de un año en la UTI. La técnica de producción de los datos escogidos fueron: un cuestionario para analizar el perfil sociodemográfico y laboral de los participantes de la investigación, entrevista semi estructurada y por último la aplicación del inventario sobre trabajo y riesgo de enfermedad (ITRA). La hipótesis levantada: los profesionales de la salud que actúan en la UTI, de la FMT-HVD son afectados directa o indirectamente por él y en el ambiente de trabajo. Los datos cualitativos fueron analizados por medio de un estudio temático del contenido, que permitió la identificación y descripción de las informaciones presentes en el habla de los sujetos, el análisis de los datos cuantitativos, fue realizado a través del ITRA. Así, después de ser identificados los riesgos de enfermedad. Se concluye: los profesionales sufren daños físico, mental y social provocados por el, y en el contexto de trabajo. Estos buscan el equilibrio psíquico utilizando estrategias de mediación que equilibran los sentimientos de placer y sufrimiento en su día a día de trabajo, para evitar la enfermedad. A lo que se refieren las nuevas perspectivas, esta investigación apunta la necesidad de elaborarse una agenda de trabajo, a partir de un diagnóstico realizado con base en los datos presentados. Debiendo ser investigados más detalladamente, los procesos de trabajo (análisis de la actividad y del puesto de trabajo), las contradicciones subyacentes al placer y sufrimiento y el papel de las estrategias de mediación para la salud y para el cambio de las condiciones de trabajo. Finalmente, se espera que esta investigación pueda ser conocida y discutida por toda categoría profesional, incluyendo médicos, psicólogos, enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería y fisioterapeutas que componen este contexto tan complejo de trabajo que son las unidades de terapia intensiva. Y pueda ser transformada en un instrumento generador de cambios positivos, que incrementen acciones institucionales para una mejoría de las condiciones de trabajo en este importante segmento del servicio público.

Palabras clave: psicólogo hospitalar; unidad terapia intensiva; proceso de muerte y el morir; daños físico, mental y social.

Capítulo I



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Introducción

Postulado

El presente trabajo de tesis, postula que:

*“Aunque que la muerte pueda recibir denominaciones que varían de acuerdo con creencias, influencias religiosas y culturales, parece consenso creer que se trate de un tema aún abominado y repelido entre los profesionales de la salud. Esta resistencia a la muerte es aún mayor en el contexto hospitalario de las unidades de terapia intensiva (UTI), donde todos los esfuerzos humanos y tecnológicos están centrados en el mantenimiento de la vida. Se definió como objeto de estudio: **La actuación del psicólogo hospitalario y el proceso de muerte y el morir: un estudio con los profesionales que actúan en la UTI**”.*

Partiendo del presupuesto que el hospital es un contexto que se presenta como un lugar penoso y de riesgos ocupacionales para los trabajadores, ya que presenta una excesiva carga de trabajo y la presencia de situaciones afectuosas y extremas, que causan conflictos y un elevado nivel de tensión. Además, el funcionamiento de este tipo de organización exige un régimen de turnos y de guardias que les permiten redoblar los empleos y las largas jornadas de trabajo.

Por todo lo que cerca el contexto de trabajo de los profesionales de la unidad de terapia intensiva, da lugar a la pregunta problema que motivó la presente Investigación:

¿Los profesionales de la salud que actúan en la UTI, son afectados directa o indirectamente por él y en el ambiente de trabajo”?

En los establecimientos y funcionamientos hospitalarios, la unidad de terapia intensiva fue creada con base a la necesidad de un perfeccionamiento material y humano para la atención a los pacientes en estado grave, ya que es un local de gran especialización tecnológica. Los trabajadores, que actúan en estas unidades, necesitan una preparación técnica de alto nivel, pues pueden enfrentar situaciones cuyas decisiones definen el límite entre la vida y la muerte de una persona.

La tesis titulada: la actuación del psicólogo hospitalar y el proceso de muerte y el morir: Enmarcada en un estudio con los profesionales que actúan en una UTI. Los objetivos: Identificar las posibles dificultades emocionales vivenciadas por los profesionales que actúan en el contexto hospitalar de una UTI, frente a las situaciones de muerte inminente y el morir; Describir las cualificaciones del psicólogo hospitalar que actúa en la unidad de terapia intensiva, así como la importancia de su actuación en el contexto multiprofesional de trabajo; Relacionar la existencia o no de dificultades emocionales percibidas por el equipo de salud frente al cuidar de pacientes en proceso de muerte inminente y el morir; Analizar,

medir y evaluar el potencial riesgo de enfermedad relacionado al trabajo de los profesionales que actúan en la unidad de terapia intensiva, a partir del inventario sobre el trabajo y riesgos de enfermedad (ITRA), en la perspectiva de la salud del trabajador y en el proceso salud-enfermedad; **La hipótesis:** los profesionales de la salud que actúan en la UTI, en el cuidado a los pacientes graves, vivencian situaciones conflictivas frente al riesgo de muerte inminente, el proceso de muerte y el morir, éstas son generadores de miedo, angustia, tristeza, sufrimiento, desesperación, impotencia, frustración entre otros sentimientos, que hacen que los profesionales lancen mano de mecanismos y estrategias defensivas, como una forma de evitar el sufrimiento psíquico generado por el propio contexto de trabajo. Estos son afectados directa o indirectamente por el ambiente de trabajo. En Los análisis del escenario investigado, fue verificado que los profesionales de salud y el cuidado a los pacientes graves, al afrontarse con el proceso de muerte y el morir perciben a la muerte como una sensación de pérdida, como algo doloroso, como el fin de un ciclo de vida. Estos mismos profesionales expresaron que al cuidar de los pacientes, también sufren durante y en el transcurso del proceso, ya que muchas veces acaban estableciendo vínculo con el paciente y su familia. Otros también refirieron que se sentían impotentes cuando lo inevitable ocurre.

Los resultados de la investigación contribuye con algunos estudios que apuntan como factores relacionados al sufrimiento psíquico en el trabajo en la UTI: el rígido control del tiempo; el trabajo corrido sin muchas pausas, la exigencia del estado de alerta constante; la forma como el sector es organizado, con muchos

equipamientos y poco espacio; la falta de materiales, de equipamientos adecuados y de personal; el exceso de ruidos de los equipamientos utilizados en la unidad; los conflictos en el relacionamiento entre los miembros del equipo; el estado grave de salud del paciente; el sufrimiento moral de los trabajadores, principalmente cuando la atención envuelve a pacientes en estado terminal; el trabajo en los finales de semana y festivos; la utilización inadecuada de los equipamientos de protección individual (EPI); y la presencia de conflictos con los familiares de los pacientes. Cuaderes & Wallace (2006); Fernande & Ramos (2008); Gomes & Lunardi (2006); Hays, All, Mannahan, Leitão, Santos, Oliveira & Moreira (2006).

La construcción teórica está basada en la perspectiva de la Psicodinámica del Trabajo (PT), el ejercicio no puede ser reducido a lo que está prescrito, pues lo que está ordenado nunca es suficiente. Según Dejours (2004) “[...] el trabajo es la actividad manifestada por hombres y mujeres para realizarlo, lo que aún no está prescrito por la organización del trabajo”. Es la creación de lo nuevo, que necesita una invención de aquello que lo produce y la inteligencia práctica del trabajador para interpretar y afrontar los problemas. Pero cuando la organización del trabajo no permite este espacio, el trabajo se presenta de forma rígida e inflexible, como en el caso de la unidad de la terapia intensiva, ¿qué es lo que sucede? Para Dejours (1988) “[...] el sufrimiento psíquico, puede culminar con una enfermedad, surgiendo cuando no es posible la negociación entre el sujeto y la realidad impuesta por la organización del trabajo, sobre todo en una organización rígida”.

Frente a estas necesidades levantadas, este trabajo identificó aspectos presentes en la organización del trabajo en la UTI que contribuyen al sufrimiento psíquico de los trabajadores de la salud que actúan en esta unidad. Se identificó aún, que hay una relación con la enfermedad psíquica y el contexto de trabajo, influenciados por los desequilibrios, incertidumbres y paradojas inherentes al trabajo.

La vivencia del binomio salud-enfermedad, a partir del contexto de trabajo, los profesionales percibieron la existencia de daños físicos, psicológicos y sociales como siendo los causadores esenciales su propio trabajo. Donde nada es permanente, tratándose de un espacio ambiguo, en el cual se busca controlar, a través de la negación y el aislamiento de lo imprevisible. En este panorama, es posible percibir la importancia de las situaciones vividas por los profesionales de la salud y pacientes en el contexto de una UTI. No es difícil argumentar sobre la necesidad de otras investigaciones sobre los desafíos de la capacidad humana al vivenciar los complejos momentos de implicación con la situación de proximidad del morir humano. Y la indispensable búsqueda por una ampliación y comprensión de los procesos personales, emocionales, existenciales, profesionales e institucionales implicados.

Sin embargo, este proceso de mayor comprensión y reconocimiento a la necesidad de afrontar todas las situaciones que surgen y envuelven al proceso de morir, debe ser traído a la luz en los espacios de formación de los profesionales de

la salud. La sistematización de discusiones relacionadas al tema aquí expuesto, en diferentes escenarios, se puede constituir un medio eficaz de articulación entre la práctica vivenciada y las expectativas personales y profesionales de médicos, enfermeros, psicólogos, técnicos de enfermería, fisioterapeutas, entre otros, que atestiguaron el complejo morir humano.

En cuanto a los resultados esperados: Se concluye cómo positivo partiendo de la perspectiva de la actuación multiprofesional del escenario estudiado, donde el médico deja de percibirse como responsable absoluto por el paciente y familiar en el proceso de cuidar. Las actividades norteadas por la investigación traen muchas reflexiones acerca de la actuación profesional de quien trabaja en la UTI y afrontan el proceso de muerte y el morir cotidianamente, las percepciones, que no se pueden subestimar a desorden que la percepción de la muerte causa a cualquier persona. La muerte supera todos los intentos humanos de vencerla; podemos hasta aplazarla, pero eliminarla es imposible. El morir del otro es tan provocativo a nuestra capacidad de equilibrio psíquico y emocional en cuanto a la percepción de nuestra propia muerte. El pensar la propia muerte, remite a lo que Lacan (1998), “[...] describió como el estadio del espejo, basta comprender el estadio del espejo como una identificación, en el sentido pleno que el análisis atribuye a este término, o sea, es la transformación producida en el sujeto cuando él asume una imagen”.

Todos estos aspectos están presentes en la vida psíquica y emocional de las personas, y los profesionales de salud no son una excepción. Cuando descubren

su vocación y deciden hacerse médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos y otras tantas profesiones de la salud, no eliminan o se redimen a los sentimientos, percepciones o creencias acerca de la muerte y de su proceso. Tampoco se hacen inmortales; al contrario, pasan a vivenciar estos momentos con mayor frecuencia y proximidad.

Frente a lo expuesto, se concluyó que por más preparados y experimentados en afrontar cotidianamente con situaciones que envolvieran la muerte, los profesionales de la salud no consiguen familiarizarse con ella; por el contrario, el enfrentamiento con la muerte siempre despierta sentimientos conflictivos de fracaso, culpa e impotencia. Para cada profesional, hay situaciones más o menos dolorosas, que dependen de algunas variables en relación al paciente, tales como: edad, rasgos que recuerdan a alguien muy próximo, la revuelta por la no reversión del cuadro, entre otras.

Resta entonces reconocer que estudiar y reflejar sobre la muerte y el proceso de morir es el mejor camino no sólo para actuar con más eficiencia y dignidad en el área de la salud, pero también para recuperar la comprensión de la muerte como un fenómeno natural, que es parte de la vida.

La muerte por generar sentimientos conflictivos entre los profesionales de la salud, debe permear las discusiones en el proceso de formación de estos profesionales, para que puedan comprenderla como una parte integrante de la vida.

Y finalmente, promover la humanización en la atención a los pacientes y a sus familiares. Sería como un medio de amenizar las dificultades en el tratamiento con la muerte, fundamentando todas las acciones dentro del contexto de la ética y bioética del trabajo.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.1 LOS MOTIVOS QUE JUSTIFICARON LA CONSTRUCCIÓN DE ESTE TRABAJO

En la construcción de este objetivo general se presenta la perspectiva de análisis que orientó el desarrollo de la investigación, según los antecedentes teóricos descritos, pues ayudaron a comprender el escenario del estudio, así como aquellos que están insertados diariamente en este contexto, con sus mecanismos o estrategias defensivas actuantes o fallos, enfermos o saludables. Estos son los intensivistas que componen la (UTI) de la Fundación de Medicina Tropical Doctor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD). Técnicos, auxiliares de enfermería, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas y médicos.

El interés por el estudio surgió de la experiencia profesional de diez años del doctorando, trabajando en el área de salud, actuando inicialmente en un hospital de la red municipal de salud, en éste laboré como psicólogo clínico y hospitalar y como director de la unidad de salud. Después de cinco años, fui aprobado en el programa de la residencia multiprofesional en el área de psicología hospitalar con énfasis en UTI. En todos estos locales, actúo con los cuidados a pacientes, vivenciando las condiciones de trabajo y características del sistema público de salud.

Actuando en la UTI de la institución, el investigador se hizo miembro activo del equipo multiprofesional de asistencia a los pacientes graves. Durante el tiempo

de actuación, algunos aspectos de la vida laboral, repercutieron directa o indirectamente en la salud de los trabajadores llamando la atención del investigador como: el trabajo en turnos; el trabajo nocturno; la carga horaria en régimen de turno de 12:00h; las condiciones insalubres; las condiciones de riesgo inminente de accidentes ocupacionales; las relaciones interpersonales entre pares con los pacientes y familiares, o con los superiores; diversos tipos de vínculos laborales con las instituciones de salud. El trabajo semejante al fabril en los sectores de nutrición y procesamiento de la ropa hospitalar; la actuación de rutina; la urgencia y la emergencia y principalmente las múltiples reacciones frente al proceso de muerte inminente y el morir de los paciente ingresados en la unidad. Principalmente la forma como cada profesional dentro de su especialidad, tiempo de actuación, y uso de estrategias defensivas, mecanismos defensivos utilizados, la mímica, las verbalizaciones, el silencio, las terminologías técnicas para referirse a un paciente fuera de las posibilidades terapéuticas, intervenciones con sus familiares; los procesos de cura y como el propio título sugiere: el proceso de muerte y el morir, una característica singular en este ambiente de trabajo.

En la historia personal del investigador, es importante señalar algunos aspectos teóricos y técnicos que motivaron el desarrollo de esta investigación. Estudios preliminares mostraron que la relación entre salud y trabajo ha sido objeto de interés de varios investigadores, pero el foco en la salud psíquica, es una línea de investigación reciente, principalmente en Brasil. Santana (2006), hizo un levantamiento sobre los estudios de post grado en Brasil, envolviendo la salud del

trabajador hasta 2004, informa que: el número de trabajos escasos hasta 1979, creció a partir de la década de 1980. El autor mostró que sólo un 5,4% del total de los trabajos hasta aquel año fueron relacionados al área de salud psíquica y del trabajo. Sin embargo, analizando las temáticas descritas por el autor, se percibe que la salud psíquica y el trabajo probablemente también están siendo investigados cuando se aborda temas como: accidentes y violencia en el trabajo (4,9%), ambiente y trabajo (1,7%), trabajo en turnos y nocturno (1,4%), entre otros.

Hay estudios que muestran los impactos de las condiciones de trabajo sobre la salud psíquica en categorías específicas. Una parte de ellos presenta el trabajo en salud como el de Nogueira-Martins (2003). Este autor, describe los aspectos del trabajo médico relativo en la jornada de trabajo y las presiones estresantes resultantes del contacto con los pacientes en estado grave, entre otros factores relacionados con las condiciones de trabajo, dice:

(...) Esta descripción sociológica del trabajo médico puede ser aplicada a los demás profesionales de salud caracterizándose un estado de insalubridad ocupacional que tiene repercusiones psicológicas significativas en el profesional y en su relación con los pacientes y que acaba resultando en una situación insatisfactoria tanto para quien cuida (el profesional) como para quién es cuidado (el paciente).

(Nogueira-Martins, 2003, p. 61)

En un estudio desarrollado por Borges, Argolo, Pereira, Hacha y Silva (2002) en tres hospitales universitarios de Río Grande del Norte, se constató que: la enfermedad por síndrome de burnout estaba presente en todos y que un gran porcentaje era moderado y alto, al sumado, alcanzaba un 93% de la muestra. Como el síndrome de burnout es una consecuencia del estrés crónico en el trabajo, queda evidente el comprometimiento de la salud psíquica en el transcurso del trabajo en aquel ambiente investigado.

Se toma como ilustración el estudio de Costa (2001) realizado en el estado de Río Grande del Norte sobre el estrés de los enfermeros. Este estudio demuestra que existe esta enfermedad en forma de estrés, pero no hay una relación precisa entre las condiciones de trabajo y las patologías presentadas. Otro estudio sobre los profesionales de salud y su trabajo, desarrollado por Silva, Argolo y Borges (2005), muestra que existe un agotamiento emocional en los profesionales de la red hospitalaria pública de la ciudad de Natal, relacionada con el hospital donde el individuo trabaja, lo que se concluye es que, sean los factores relativos a las condiciones de trabajo, los que están influenciando el surgimiento del cuadro evaluado.

Se considera también el efecto de la salud psíquica sobre el trabajo. En primer lugar, se pueden reportar los resultados de levantamientos de la Asociación

Brasileña de Psiquiatría (Abpbrasil), revelando que las enfermedades mentales son responsables por cinco de las diez principales causas de alejamiento del trabajo en Brasil. En el ramo de actividad de la Administración Pública, Defensa y Seguridad Social en el cual se insertan las universidades, de acuerdo con Barbosa-Blanco, Albuquerque-Oliveira y Matheus (2004) un trabajador de la salud tiene 14 veces mayores probabilidades de demandar un beneficio por enfermedad mental que las de otras categorías profesionales. Resultados de un estudio desarrollado por la División de Higiene Seguridad y Medicina del Trabajo de la Universidad Federal de Río Grande del Norte en 2003, presenta un perfil de morbilidad de los servidores de la universidad, apuntando que los trastornos mentales constituyen la quinta mayor causa de alejamiento del trabajo en la institución, correspondiendo a un porcentaje 9,35% de las licencias en 2002, año de la recolección de los datos. Sin embargo, se constituye en la segunda mayor causa de días de trabajo perdidos, lo equivalente a 6.974, si sumadas a las diversas licencias de los trabajadores. Los resultados del estudio no comprenden la distribución por categoría profesional. Sin embargo, hacen referencia a las unidades con una mayor incidencia de licencias, entre las cuales se incluyen dos de sus hospitales universitarios.

Según los autores (Dejours, Dessors & Desriaux, 1993) “[...] El trabajo puede constituirse en un poderoso factor de identificación social y de bienestar psicológico, si es percibido como tal, como consecuencia promueve la salud psíquica”.

“[...] Los trabajadores en salud son expuestos al mismo tiempo a varios factores de riesgo, entre ellos están: el trabajo en turnos, el estrés decurrente del contacto con los clientes difíciles, presiones de tiempo y plazos, entre otros” (Borges et al., 2002; Pitta, 1990). Además, en este grupo de trabajadores la existencia de un trastorno psíquico liviano puede generar repercusiones graves en la salud de quién es cuidado, frente a la posibilidad de cometerse errores, tomar decisiones inadecuadas y establecer relaciones interpersonales conflictivas.

En el ambiente hospitalario, la salud psíquica del profesional puede relacionarse con el cuidado prestado a la población a medida que las pérdidas cognitivas y la estabilidad emocional de los miembros del equipo provocadas por la enfermedad psíquica puedan provocar serias consecuencias en la atención a los pacientes. Decisiones equivocadas, desatención a los protocolos de cuidados a los enfermos, falta de discernimiento para juzgar situaciones y establecer diagnósticos que lleven a errores graves que comprometan la vida humana, y la misión institucional de un hospital que es cuidarla, y una buena integración de los equipos de trabajo. De esta manera, la calidad del cuidado prestado pueda expresar la propia salud psíquica de los profesionales de salud en un hospital.

Estas consideraciones permiten suponer que más de una técnica de investigación fue necesaria para comprender la realidad de la unidad de terapia intensiva, realizándose un estudio y aproximándolo del conocimiento producido, permitiendo una comprensión socio-histórica del hombre frente al trabajo, sus

condiciones como fuente de placer y sufrimiento psíquico. Como proceso en que el trabajo es pieza fundamental, que permite la actuación productiva del ser y el establecimiento de una gran parte de sus relaciones sociales.

Como reflejo de la perspectiva de la teoría psicodinámica del trabajo, la distribución de los próximos capítulos son aproximaciones del campo de investigación, al marco teórico sobre el trabajo, sus definiciones y condiciones en el contexto de los profesionales de la salud, bajo la perspectiva de la psicodinámica del trabajo y de la psicología de la salud. Los fundamentos teóricos están contemplados en seis capítulos:

El capítulo 1: **Breve estado del arte: una reflexión sobre la muerte y el morir**, remite al proceso de búsqueda realizado, durante la investigación, en calidad de libros, revistas científicas, ponencias en congresos e investigaciones científicas, relacionados directa o indirectamente con la temática aquí investigada. Se pretende detectar si la hipótesis y el campo de desarrollo que ésta supone, ya han sido desarrollados e investigados empíricamente, alcanzando el estatuto científico requerido.

La búsqueda se realizó en torno a trabajos que parten de modelos epistemológicos diferentes, y también dentro del campo de la psicodinámica del trabajo, desde el año 1849 a la fecha.

En el capítulo 2: **Marco Teórico - El mundo del trabajo** se ha incluido a los autores relevantes para esta tesis tomando como eje de la selección aquellos que han teorizado sobre los conceptos aquí desarrollados.

En el sub capítulo 3: **Condiciones de trabajo en salud: estudios antecedentes sobre las condiciones de trabajo**”, presenta y desarrolla los conceptos pertenecientes al corpus teórico basado en Marx, Engels, Mendes, Dejours y a los autores en los que éste se basa, para desplegar el modelo conceptual sobre el trabajo.

El capítulo 4: **Sobre la temática más profundizada de la tesis: La muerte y su definición**”, abordó el proceso histórico del estudio sobre la muerte; Sentido de la muerte; Contempla el enfoque epistemológico, desde la teoría de la psicodinámica del trabajo de Christophe Dejours, partiendo del presupuesto de la Psicodinámica del Trabajo como principal marco teórico, buscó desarrollar un análisis social y psicológico del trabajo teniendo como punto de partida la organización del propio el trabajo, para poder comprender las vivencias subjetivas del trabajador, entre ellas el placer, el sufrimiento, el proceso salud-enfermedad y los mecanismos de mediación del sufrimiento.

Se toma en cuenta también a autores como: Mendes, Kovács, Kübler-Ross, Gil, Fortuna, Ferreira, entre otros.

El capítulo 5: **Recorrido Metodológico**, se divide en los subsiguientes sub-ítems: Tipo de estudio; Escenario del estudio; Participantes de la investigación; Aspectos éticos de la investigación; Instrumentos de Medición; Resultados, análisis e interpretación.

El capítulo 6: **Resultados, análisis e interpretación**, y por el último las conclusiones. En este apartado, se ratifica la Hipótesis planteada en la investigación, y se re-afirma la necesidad de plantear los resultados obtenidos en la investigación bajo la relación placer-sufrimiento, estrategias de mediación del sufrimiento y daños físicos y, psicológicos e y sociales. Las consideraciones finales traen las limitaciones del estudio, recomendaciones y aplicaciones para futuras investigaciones. Los resultados demostraron la existencia de indicadores de riesgos de enfermedades en la población investigada, se concluyó que hay sufrimiento en el trabajo de estos profesionales. Y estos buscan un equilibrio psíquico utilizando estrategias de mediación que equilibren los sentimientos de placer y sufrimiento en el día a día de trabajo, para evitar enfermarse.

Los resultados de quejas y de sentimientos consolidados en otros estudios sobre el placer y sufrimiento en el trabajo como lo que Linhares (1994), Mendes (1994), Shimizu (1996 y 2000), Ferreira & Mendes (2003) y Vieira (2005) indicaron que el trabajo es una fuente generadora de placer y sufrimiento. Por esto, las condiciones que cercan las actividades profesionales relacionados con el área de la salud y principalmente las respuestas a estas condiciones necesitan ser más

estudiadas y valoradas envolviendo todas las categorías profesionales. Esto porque la actuación en la UTI, en lo que concierne al trabajo intra-hospitalario, necesita trabajadores ajustados y equilibrados para una mejor actuación junto a los pacientes en estado crítico.

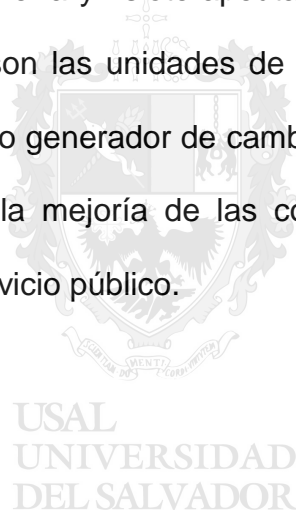
En lo que se refiere a las nuevas perspectivas, esta investigación apunta la necesidad de elaborarse una agenda de trabajo diferente, a partir de un diagnóstico realizado con base en los datos recolectados y supra mencionados. Debiendo ser investigados más detalladamente, los procesos de trabajo (análisis de la actividad y del puesto de trabajo), las contradicciones subyacentes al placer y sufrimiento y el papel de las estrategias de mediación para la salud y para el cambio de las condiciones de trabajo.

Transferibilidad y propuestas: Advierte sobre los obstáculos actuales de la práctica de la teoría psicodinámica del trabajo en la institución hospitalaria, y la necesidad de precisar conceptos. Propone la implementación del concepto “enfermedad en el y por el contexto de trabajo”. Destaca la posibilidad de transferencia de esta tesis, a campos tales como:

- a) Psicología Forense
- b) Docencia
- c) Salud Mental
- d) Medicina

- e) Enfermería
- f) Terapia ocupacional
- g) Terapia Intensiva
- h) Psicopedagogía
- i) Asistentes sociales

En fin, se espera que esta investigación pueda ser conocida y discutida por toda la categoría profesional, incluyendo los médicos, psicólogos, enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería y fisioterapeutas que componen este espacio tan complejo de trabajo que son las unidades de alta complejidad. Y pueda ser transformado en un instrumento generador de cambios positivos, que incrementen acciones institucionales para la mejoría de las condiciones de trabajo de este importante seguimiento del servicio público.



1.2 BREVE ESTADO DEL ARTE: UNA REFLEXIÓN SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR

Este breve informe no tiene el propósito de examinar exhaustivamente el estado del arte, como que sugiere el título, pero tiene la intención de presentar algunas de las ideas que han contribuido a la construcción de este estudio, específicamente en lo que respecta a las reflexiones sobre cómo los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de una unidad de terapia intensiva lidian con la realidad del proceso de la muerte y el morir día a día.

Somos la civilización cuya vanidad alejó de la muerte. En una bella reflexión sobre la vanidad humana. “[...] En una sociedad donde la vida es tan exaltada, no hay espacio para temas relacionados a la muerte y el morir, aunque esto sea parte del proceso de existir afirma” Karnal (2015). “[...] Profesionales de la salud son formados para salvar vidas y en las escuelas de medicina, psicología y enfermería nada se enseña sobre la muerte, observa” Figueiredo (2016).

Visto como fenómeno biológico, natural e inevitable de la vida humana. La muerte al mismo tiempo, provoca diferentes reacciones y sentimientos variados en todas las personas. La muerte es como un misterio, la muerte es parte del enigma del alma y la vida, y comprender el proceso y las representaciones de los individuos acerca de la muerte, sería tal vez comprender el concepto de la vida. Aunque es parte del ciclo natural de la vida, los hombres tienden a ignorarla y repelirla, tal vez

para evitar la idea de la posibilidad de separación y pérdida de sus entes queridos. Sin embargo, desde los principios de la civilización, la muerte es considerada un aspecto que fascina y asusta al mismo tiempo la humanidad. “[...] Por el contrario, hoy en día, en la cultura occidental, su representación es algo inquietante en su vida que por lo general aumenta la negación” (Rockembach; Casarin; Siqueira, 2010; Lima; Nietzsche; Teixeira, 2012).

La muerte y el morir son temas que instigan y afligen a casi todas las personas, inclusive a los profesionales de la salud. Nadie es invulnerable frente a la perspectiva del fin inevitable, independientemente de quien sea la persona en peligro de muerte. Cuando esa posibilidad es producto de una enfermedad o accidente en donde el individuo permanece horas, días o hasta meses a merced de medicamentos y atención continua, la proximidad o posibilidad de la muerte repercute de forma más compleja, aún entre los profesionales de la salud y aquellos experimentados o adecuadamente preparados para enfrentar estas situaciones. En la unidad de terapia intensiva (UTI) se puede percibir más claramente el proceso de morir y sus consecuencias en la relación entre el profesional de la salud, paciente y familiares.

Aunque la concepción clásica de la UTI todavía sea el modelo cartesiano-mecanicista, que creó una cultura de distanciamiento y frialdad en los profesionales de la salud en relación a pacientes y familiares, hoy se reconoce que la humanización es el camino viable y eficiente para el trabajo en éstos espacios.

Estas nuevas percepciones y prácticas en la UTI están directamente relacionadas a la cuestión de la muerte y el morir y los inevitables sentimientos que incluye.

La muerte, así como el proceso de morir, constituye un fenómeno de la vida aunque despierte temor en el ser humano, justificado por su dificultad para lidiar con su propia finitud. Se la puede caracterizar como un acontecimiento inherente a la vida porque de cierto modo, en cada momento se está muriendo paulatinamente.

La forma de encarar la muerte o el proceso de morir ha cambiado significativamente. Si por miles de años este proceso duraba alrededor de cinco días, hoy dura en promedio cinco años. Era un acontecimiento presenciado por familiares, parientes, amigos y hasta por extraños que ayudaban con los últimos rituales. “[...] La muerte era considerada familiar, un elemento inevitable de la vida y así debía ser tratada, aunque en aquella época ya existían rituales destinados a impedir que los difuntos perturbasen a los vivos” Pessini (2007). El miedo, por lo tanto, era de los muertos y no de la muerte.

Según Ariés (2011), “[...] la filosofía y el modo de vivir contemporáneo cultivan actitudes que intentan olvidar, ignorar o hasta matar a la muerte, en una tentativa de vencerla en busca de la inmortalidad”. La urbanización y el desarrollo científico y tecnológico promovieron un aumento expresivo en la expectativa y mejoría de la calidad de vida.

(...) Estos cambios, en compensación, provocaron un distanciamiento de la conciencia de la finitud de la vida, o más precisamente, de la muerte y del proceso de morir, por estar directamente afectada por el alargamiento de la etapa terminal de la vida, o sea, el tiempo en que es posible mantener una persona viva.

Alles (2014, p. 397).

En la contemporaneidad, morir, especialmente en hospitales y para los equipos de salud, se tornó un símbolo de fracaso e ineficiencia. Las ciencias de la salud están obsesionadas con la tarea de evitar e impedir la muerte y el hospital se transformó en el espacio en donde los acontecimientos más naturales y más presentes de la vida, como dolor, sufrimiento y muerte, pasaron a ser tratados como algo que debe ser combatido a cualquier precio. “[...] Pero como no es posible evitar la muerte, pasamos a ignorarla, aislándola de la vida social y apartándonos emocional, espiritual y psíquicamente tanto de la persona en fase terminal como de sus familiares” Kübler-Ross (2008).

Delante de esta interdicción social hacia la muerte, el proceso de morir pasa a ser un factor de ansiedad para los profesionales de la salud, dada la sensación de fracaso resultante de la no aceptación de la muerte como fenómeno natural. “[...] Así, diversas técnicas y procedimientos son utilizados en la tentativa de salvar la

vida de la persona enferma, pero lo que muchas veces se logra es apenas prolongar su sufrimiento y el de las demás personas afectadas” Sanches (2009).

Hay relatos, durante el siglo XX, en que los enfermos más graves, para los cuales la medicina ya no contaba con alternativas de tratamiento curativos, eran sometidos a una total falta de respeto, siendo instalados en locales aislados y sin las mínimas condiciones de bienestar, como si la muerte que se aproximaba fuese contagiosa. Esta postura creó una barrera en las relaciones entre los equipos de salud, el enfermo y sus familiares. “[...] El contacto era el mínimo necesario, siempre superficial e inexpresivo” Kübler-Ross (2008).

La naturalidad/normalidad de la muerte fue olvidada, trayendo como consecuencia un distanciamiento de la vida en los hospitales. “[...] En este sentido, se destacan las diferentes posibilidades de su ocultamiento, representadas como mecanismos de defensa: negación, represión, intelectualización y desplazamiento” Kübler-Ross (2008). “[...] Pero tales mecanismos acaban provocando la sensación de que la ciencia de la salud es fallida e ineficiente. Por lo tanto, la muerte pasa a ser como una enfermedad a ser combatida y curada” (Sanches, Carvalho, 2009).

En el ámbito de la salud, ciencia y tecnología, se favorece la prolongación de la vida a través del uso de técnicas que permiten las más diversas posibilidades de tratamiento e inclusive del mantenimiento de la vida de pacientes que en otros tiempos no tendrían ninguna posibilidad de vida o sobrevida. Sin embargo, los

profesionales de la salud viven el dilema entre su responsabilidad y capacidad técnica, sus creencias y sentimientos en relación a la muerte y la persona que pasa por el proceso de morir, además de convivir con los dilemas del propio paciente y sus familiares, también envueltos en el complejo conjunto de sentimientos, creencias y científicidades, pero sobre todo, en la real posibilidad de muerte.

Por más que se evite pensar en la muerte, ella vive en el cotidiano de todos los que trabajan en la UTI, y en muchos casos, es inevitable hacerlo a pesar de los recursos disponibles, que tienen como único propósito superarla y vencerla.

(...) La UTI es un ambiente especializado, que cuenta con recursos materiales y humanos para lidiar con la muerte, pero al mismo tiempo, el hecho de abrigar pacientes graves o terminales lo convierte en uno de los recintos más agresivos y tensos del hospital.

Dantas (2014, p. 25)

Aún cuando la UTI es el espacio del hospital destinado a la recuperación. “[...] También es el lugar que abriga a las personas en situación tan grave que la unidad se considera como el último recurso, para intentar impedir la muerte” (Sanches, Carvalho, 2009). El final, entonces, se presenta como una posibilidad real, y aún con el peso cultural de evadirse del tema, no hay como evitar y hasta